	MACROPROCESO / PROCESO	IDENTIFICACIÓN DEL DOCUMENTO	CRITERIOS DE CONTROL
	APOYO / GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACIONES	ACTA DE SUPERVISIÓN	CÓDIGO: A-GIC160- VERSIÓN: 04 FECHA: ENERO / 2025 PÁGINA: Página 1 de 3

DOCUMENTO	ACTA DE INFORME DE SUPERVISIÓN NRO:	**004**
REFERENCIA	**CONTRATO DE SUMINISTRO** 082-**2026** ESEPEN	
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA		
NOMBRE	CALDAS MEDICAS SAS	
NIT/CC	890.806.147-3	
INFORMACIÓN DEL CONTRATO		
NUMERO CONTRATO	**082-2026**	
VALOR	$ 140,000,000.00	
ADICION	$ 0.00	
FECHA DE INICIO	5 de junio de 2026	
FECHA DE TERMINACIÓN	31 de diciembre de 2026	
PRORROGA	OTRO SI 001-2026 Prorroga 3 meses	
OBJETO DEL CONTRATO	**"SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO CON EL VALOR UNITARIO PARA LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL SAN JUAN DE DIOS DE PENSILVANIA, CALDAS, INCLUYENDO LA ENTREGA OPORTUNA Y EN CONDICIONES ÓPTIMAS DE CALIDAD, DE CONFORMIDAD CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y NORMATIVAS VIGENTES, GARANTIZANDO EL ABASTECIMIENTO NECESARIO PARA LA PRESTACIÓN EFICIENTE DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN BENEFICIARIA."**	

IDENTIFICACIÓN DE LAS PARTES

En Pensilvania, Caldas, el día 23 del mes de septiembre de 2026, se reunieron Federico Valencia Toro en su calidad de Contratista y Edinson Rafael Pitre Montero , en su condición de Supervisor del Contrato, en representación de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pensilvania, con el fin de suscribir la presente acta de supervisión y pago del contrato de prestación de servicios N° **082-2026**, previo las siguientes consideraciones:

CONSIDERACIONES:

1. Que el contratista presentó informe de actividades realizadas en el mes de septiembre **de 2026, descritas así:**

DESCRIPCION ACTIVIDADES	ACTIVIDADES REALIZADAS	SOPORTE
Despacho parcial y transporte de medicamentos, según orden de suministro enviada.	Despacho parcial y transporte de medicamentos, según orden de suministro enviada.	Facturas de venta

2. Que se pudo confirmar que el Contratista cumplió con las obligaciones emanadas del contrato cuyo objeto es:

"SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO CON EL VALOR UNITARIO PARA LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL SAN JUAN DE DIOS DE PENSILVANIA, CALDAS, INCLUYENDO LA ENTREGA OPORTUNA Y EN CONDICIONES ÓPTIMAS DE CALIDAD, DE CONFORMIDAD CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y NORMATIVAS VIGENTES, GARANTIZANDO EL ABASTECIMIENTO NECESARIO PARA LA PRESTACIÓN EFICIENTE DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN BENEFICIARIA."

LA ESE HOSPITAL pagara al contratista previa presentación de los documentos requeridos para el pago dentro de los cuales debe existir constancia expedida por el supervisor, de haberse cumplido con las obligaciones antes mencionadas.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

3. En el marco de la supervisión del contrato de la referencia , se realiza la verificación de la información financiera, detallando el estado de pagos y el saldo por ejecutar, conforme a los siguientes valores:

RESUMEN DEL CONTRATO

VALOR DEL CONTRATO	$ 140,000,000.00
VALOR ANTICIPOS	$ 0.00
VALOR ADICION	$ 0.00
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 140,000,000.00

DETALLE	NRO FACTURA	VR FACTURA	NOTA DEBITO	NOTA CREDITO	VR TOTAL
JUNIO	FVE49274 FVE48844 FVE49116	28,692,487.00			$ 28,692,487.00
JULIO	FE50208 FE50210 FE50214 FE50371	29,832,342.00		$ 123,600.00	$ 29,708,742.00
AGOSTO	FE51367 FE51609 FE51641	26,123,453.00			$ 26,123,453.00
SEPTIEMBRE	FE52166 FE52164	10,056,723.00			$ 10,056,723.00

TOTAL PAGOS EFECTUADOS A LA FECHA	$ 84,524,682.00
SALDO POR PAGAR	$ 10,056,723.00
SALDO POR EJECUTAR	**$ 45,418,595.00**

4. Que el valor a pagar al Contratista es la suma de:	**$ 10,056,723.00**
VALOR EN LETRAS	**DIEZ MILLONES CINCUENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS VEINTITRES PESOS M/CTE**

ANEXOS Y DOCUMENTACIÓN SOPORTE

5. El contratista presentó los siguientes anexos como respaldo de la ejecución contractual:

A. Facturas de venta electronica.	FE52166 FE52164
B. Planilla de seguridad social número:	38591682

Por lo anterior, se verifica que el contratista ha cumplido a satisfacción con las obligaciones pactadas en el contrato.

VERIFICACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

6. De acuerdo con la documentación aportada, se realizó la verificación de los pagos a la seguridad social integral, los cuales fueron efectuados en la siguiente fecha:

FECHA DE PAGO	4 de septiembre de 2026	
ENTIDAD	**No. AUTORIZACION transferencia**	**VALOR APORTE**
EPS Salud total, sanitas, eps sura, nueva eps	38591682	$4,668,600
AFP proteccion, porvenir, colpensiones	38591682	$8,305,200
ARL Positiva	38591682	$380,100
CCF sena icbf	38591682	$1,948,600
PASENA	38591682	$640,000
PAICBF	38591682	$960,000
VALOR TOTAL PAGADO		$16,902,500

AUTORIZACIÓN PARA PAGO

7. Que, en virtud de lo expuesto en los acápites anteriores, se emite el presente **visto bueno** para que se proceda a efectuar el pago anteriormente mencionado por los servicios prestados en la ejecución del contrato, a la siguiente cuenta bancaria:

TIPO DE CUENTA	CORRIENTE
ENTIDAD BANCARIA	BANCO DAVIVIENDA
NUMERO DE CUENTA	470169994717

Para constancia se firma el veintitres (23) de septiembre de dos mil veintiseis (2026).

NOMBRE DEL SUPERVISOR	EDINSON RAFAEL PITRE MONTERO
CEDULA	85.459.037 Santa Marta
CARGO	Supervisor
FIRMA	